

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE- UN BUT- UNE FOI

Université de Bamako



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie



TITRE:

**LES COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET MEDICO-
LEGAL DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE
ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE DE BAMAKO**

THESE :

Présentée et soutenue publiquement le devant la Faculté de
Médecine de Pharmacie et d'Odonto - Stomatologie

Par Monsieur **Moussa Sénidia Diakité**
Pour l'obtention le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : Pr Mamadou Lamine Traoré
Membre : Dr Drissa Kanikomo
Co-directeur : Pr Tiéman Coulibaly
Directeur : Pr Abdou Alassane Touré

I- DEDICACES :

Je dédie ce travail à :

- **DIEU TOUT PUISSANT**, le clément, le miséricordieux.
- Son prophète **MOHAMED** (PAIX et SALUT SUR LUI).
- Mon très cher pays, le **MALI**, terre de paix, de pardon et d'hospitalité.
- Mon père, **feu Sénidia Diakité**, comptable gestionnaire, j'aurai voulu que tu sois là aujourd'hui pour te témoigner toute ma reconnaissance, mais DIEU en a décidé autrement. Dors en paix cher père, ton combat ne sera pas inutile.
- Ma mère, **Fatoumata Saganogo**, ce travail est l'aboutissement de tous les efforts que tu as consenti pour moi. Ton amour, tes sages conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. MERCI infiniment.
- Ma tante, **BAMOH DIAKITE** et la famille **feu Chaba SANGARE**, merci pour tous ce que vous m'aviez accordé : ma situation dans la famille, l'apport financier dans tous ce que j'entreprends et l'attention que vous porter sur moi. Ma réussite à la faculté de médecine est le concours de vous tous. Que Dieu m'accorde la conscience de ne pas oublier toutes ses bonnes choses.
- A TOUTES LES PERSONNES VICTIMES DE COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES A TRAVERS LE MONDE.

II- REMERCIEMENTS :

- A tous mes maitres d'école ;
- A tous mes amis d'enfance ;
- A ma famille : **Feu Sakoro Mery Diakité de Bougouni** ;
- Aux assistants chef de clinique du service d'orthopédie traumatologie de l'hôpital Gabriel Touré :
 - * **Dr Adama Sangaré**

* **Dr Ibrahim Alwata**

Merci pour votre soutien.

- Aux membres du « Bureau Chaba Sangaré » : Chieck A., Aboubacar, Nouhoum, Mohamed, Sékou D., Drissa, Séga, Kalifa, Alou, Kaba, Midia, je vous suis reconnaissant ;
- A la famille Sanogo à Niomirambougou Bamako ;
- Aux familles : Barry, Traoré, N'diaye, Dembélé, Konaté, Niang, Diop, Diarra, Diaby, Cissé, Samaké, et Mariko ;
- A mes frères : Feu Abdoulaye Diakité et Adama Diakité ;
- A mes sœurs : Djinétio, Flaténé et Adiaratou Diakité ;
- A mes amis de la faculté : Dr Ibrahima D, Dr Makan K, Dr Soumaila C, Dr Ousmane H, Dr Abdel Kader K, Dr Abdoulaye T, Dr Drissa C et les internes Aichatou S, Gabdo S, Kalilou S.C, Oumar B ;
- A tous les internes du service orthopédique et de chirurgie traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré ;
- A tout le personnel du service orthopédique et de chirurgie traumatologique ;
- Remerciements particuliers à :
 - * L'EQUIPE DE GROUPE : Oumar Traoré, Pathé Mady Sissoko et Modibo Diarra ;
 - * Le tribunal de première instance de la commune IV : Me SEKOU KONARE ;
 - * A Dr Mangané I. Kalilou, Dr Kassogué, Mr Baye Diakité et Mme Diané Sitan Sanogo ;
 - * A la famille Tangara à lafiabougou Bamako ;

- A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, une pensée pieuse pour vous.

A notre Maître et Président du Jury :

Professeur Mamadou Lamine TRAORE

Agrégé de chirurgie générale,

Diplômé du certificat d'études spéciales de médecine légale,

Ancien chef de service de chirurgie générale au CHU du point G,

Professeur honoraire en chirurgie générale à la FMPOS,

Chargé de cours de médecine légale à la FMPOS,

Officier de l'Ordre National du Mali.

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le Jury de cette Thèse malgré vos multiples occupations.

Scientifique de renommée internationale, votre qualité intellectuelle, votre capacité pédagogique font de vous un model de maître souhaité par tous.

La qualité de l'enseignement reçue à vos côtés, votre disponibilité et votre sens élevé de l'équipe ont fait de vous un être remarquable et envié.

Encadreur d'une rareté étonnante, bien plus qu'un maître, vous êtes pour nous un exemple à imiter.

En témoignage de notre reconnaissance infinie, nous vous prions cher maître d'accepter l'expression de notre sincère gratitude et notre profond attachement.

A notre Maître et Membre du Jury:

Docteur Drissa KANIKOMO

Diplômé de Neurochirurgie de la faculté de médecine de Dakar,

Diplômé du certificat d'études spéciales de médecine légale,

Maitrise en physiologie générale,

Maitre assistant à la FMPOS,

Neurochirurgien au SCOT de l'hôpital Gabriel Touré.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Votre rigueur, votre disponibilité, votre esprit d'ouverture font de vous un exemple pour la jeune génération.

Nous vous remercions de votre bienveillance à notre égard et soyez assuré cher maître de l'expression de notre respect.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Professeur Tièman COULIBALY

Chirurgien orthopédiste et traumatologue à l'Hôpital Gabriel Touré

Maître de conférences de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique à la FMPOS.

Membre de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SOMACOT).

Cher maître,

Votre simplicité, votre modestie et votre encadrement précieux ont contribué à l'élaboration de ce travail qui d'ailleurs est le vôtre.

Votre générosité à transmettre vos connaissances, votre savoir faire témoignent de votre engagement à faire de nous des pôles d'excellence en Afrique.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre gratitude et notre respectueux attachement.

A notre maître et directeur de thèse :

Professeur Abdou Alassane TOURE

Professeur en chirurgie orthopédique et traumatologique.

Chef du service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'Hôpital Gabriel Touré.

Directeur général de l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS).

Président de la Société Malienne de Chirurgie Orthopédique et traumatologique (SOMACOT)

Chevalier de l'Ordre National du Mali.

Cher maître,

Plus qu'un maître vous êtes un père pour tous vos étudiants. Nous vous remercions pour la spontanéité avec laquelle vous nous avez accepté dans votre service.

Etre de vos disciples est une source de fierté car porter votre nom est un honneur pour nous. Les sentiers pour garder ce nom sont certes sinueux mais soyez rassuré qu'avec votre bénédiction nous y parviendrons.

Sensible à la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail, nous espérons en avoir été digne.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

AVP : accident de la voie publique.

CB : coups et blessures.

CBV : coups et blessures volontaires.

CES : certificat d'études spéciales.

CHU : centre hospitalier universitaire.

CMI : certificat médical initial.

HGT : hôpital Gabriel Touré.

INFSS : institut national de formation en sciences de la santé.

INPS : institut nationale de prévoyance sociale.

ITT : incapacité temporaire totale.

IPP : incapacité permanente partielle.

OMS : organisation mondiale de la santé.

PD : pretium doloris.

PE : préjudice esthétique.

SCOT : service de chirurgie orthopédique et traumatologique.

SMIG : salaire minimum interprofessionnel garanti.

SUC : service des urgences chirurgicales

SOMMAIRE

I- Introduction et Objectifs-----	01
II- Généralités-----	04
A- Aspects médico-légaux-----	04
B- Expertise médico-légale-----	10
C- Aspects judiciaires-----	14
III- Méthodologie-----	26
IV- Résultats-----	31
V- Commentaires et discussion-----	42

VI- Conclusion et recommandations-----	47
1- Conclusion-----	47
2- Recommandations-----	48
VII- Références bibliographiques-----	50
VIII- Annexes-----	54

I- INTRODUCTION

1-1 Introduction :

La dynamique de la violence est une constante de l'histoire mondiale. Cette violence s'est transformée et accélérée ces derniers temps.

Le coup est toute impression faite sur le corps humain par un contact direct, ou un choc donné à un organisme par un objet.

Les coups et blessures volontaires (CBV) peuvent se définir comme étant le résultat des agressions physiques portées intentionnellement sur le corps d'autrui. Il y a agression chaque fois qu'un individu ou un groupe d'individus essaye de contraindre un autre individu à se soumettre à ses désirs.

L'OMS en 2001 estimait à un million le nombre de décès causés intentionnellement par an dans le monde [19].

Les CBV constituent ainsi un fléau qui gagne une gravité ascendante dans notre société.

Ils constituent la deuxième cause d'hospitalisation dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique (SCOT) de l'hôpital Gabriel Touré (HGT) de Bamako après les accidents de la voie publique (AVP).

- Khanté D. [13] dans sa thèse sur l'étude médico-légale des CBV dans le SCOT de l'HGT de Bamako a eu 156 cas à travers une étude prospective allant du 1^{er} octobre 1998 au 31 mars 1999 portant 106 dossiers puis rétrospective (1997 - 1998) portant sur 50 dossiers dans le service.
- Bomou Y. [4] sur une étude de type transversal à enquête prospective, a obtenu 111 victimes de coups et blessures graves pendant la période allant du 1^{er} octobre 2003 au 31 septembre 2004 dans le service des urgences chirurgicales (SUC) de l'HGT de Bamako.
- Diop S. M [9] dans sa thèse de 1991 sur les coups et blessures volontaires par armes blanches au Sénégal a obtenu 168 cas sur une période de 12 mois (1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 1990).

Ces chiffres sont au dessous de la réalité car beaucoup de CBV recensés au niveau de la police, de la gendarmerie et des hôpitaux n'ont pas été pris en compte.

En raison de la gravité de ce phénomène et des lourdes conséquences socio-économiques et sanitaires qu'il engendre, il nous a paru important d'entreprendre une étude sur les CBV au service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007.

1-2 **Objectifs :**

Objectif Général :

Etudier les CBV dans le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de Janvier 2007 à Décembre 2007.

Objectifs Spécifiques :

- ❖ Déterminer les caractéristiques sociodémographiques de nos victimes de CBV.
- ❖ Décrire les aspects cliniques des lésions engendrées (agents étiologiques, siège, nature des blessures).
- ❖ Analyser les conséquences médico-légales de ces blessures.
- ❖ Formuler des recommandations permettant d'assurer une meilleure prise en charge des victimes de CBV.
- ❖ Formuler des recommandations pour réduire ou prévenir les cas de violences.

II- GENERALITES

A- Aspects médico-légaux : Agents étiologiques et nature des lésions

Les armes peuvent être classées en armes blanches et en armes à feu.

1- Les armes blanches : Elles peuvent être classées en trois catégories.

- Les instruments tranchants
- Les instruments piquants
- Les objets contondants

1-1 Les instruments tranchants :

On entend par instruments tranchants, des instruments qui sectionnent les tissus déterminant des blessures ouvertes s'accompagnant en général d'hémorragie externe. Parmi eux on peut citer :

- Arme blanche typiquement tranchante : le couteau
- Arme blanche à la fois tranchante et contondante : la machette
- Arme blanche à la fois tranchante et piquante : le poignard

Les blessures provoquées par les instruments tranchants sont des solutions de continuité des tissus superficiels ou profonds que l'on nomme **PLAIES**.

On distingue :

Les plaies linéaires : Elles sont plus longues que larges, de profondeur variable. Les bords sont nets, réguliers, le plus souvent rectilignes traduisant le mouvement ayant animé l'arme utilisée.

A coté de cette catégorie de plaies, on distingue également **l'érosion épidermique simple** ou **excoriation** ou **éraflure** ou **égratignure** ou **écorchure** ou **griffure**. Cette érosion épidermique qui est la trace la plus légère résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, par arrachement ou par pincement.

1-2 Les instruments piquants :

Les instruments piquants sont des instruments qui perforent les tissus en raison de leur extrémité pointue plus étroite que large déterminant des blessures plus ou moins profondes. On distingue essentiellement :

- Les instruments à tige cylindrique ou conique : l'aiguille

- Les instruments à tige triangulaire ou quadrangulaire : (instruments à crêtes) : la baïonnette.
- Les instruments perforants irréguliers : piques cassées.

Les instruments piquants déterminent des plaies ponctiformes qui ont un orifice minime mais sont très profondes. La dimension de la plaie est inférieure à celle de l'instrument en raison de l'élasticité des téguments.

1-3 Les objets contondants : Ce sont des armes qui agissent par leur masse et leur vitesse déterminant des blessures par un mécanisme contondant pouvant faire intervenir plusieurs facteurs : le poids de l'arme et celui de la victime, la force avec laquelle l'arme est utilisée, la surface de contact et la résistance des tissus.

Ces armes sont très diverses, parmi elles on peut citer :

- Les armes naturelles : Coup de tête, coup de poing, coup de genou, bord cubital de la main.
- Les armes improvisées : Bâton, barre de fer, marteau, cravache...
- Les armes préparées : Chaîne de bicyclette, matraque, coup de poing américain...

Le mécanisme de la contusion est double :

Le corps contondant animé d'un mouvement vient frapper le sujet immobile : c'est la **contusion active**.

Le corps du sujet lui-même en mouvement est projeté contre un corps contondant immobile : c'est la **contusion passive**.

La contusion active est la plus fréquente. Elle entraîne divers types de lésions, parmi lesquelles on distingue :

L'ecchymose : il s'agit d'un épanchement de sang extravasé et coagulé qui vient infiltrer les tissus. C'est la lésion contuse la plus élémentaire et la plus importante car par sa couleur, elle permet de dater la violence initiale.

✓ Rouge livide : 1^{er} jour

- ✓ Noire : 2^{ème} jour
- ✓ Violet bleu : 3^{ème} jour
- ✓ Verdâtre : 6^{ème} – 7^{ème} jour
- ✓ Jaune : 12^{ème} jour
- ✓ Disparition vers le 17^{ème} jour
- ✓ Disparition totale : 25^{ème} jour

L'hématome : il s'agit d'une collection de sang plus ou moins importante siégeant dans le tissu conjonctif lâche. Il peut être superficiel ou profond.

Les plaies contuses : ceux sont des pertes de substances avec destruction tissulaire, les bords sont irréguliers, déchiquetés.

La fracture : La fracture est une rupture brutale d'un os survenant après un traumatisme d'une certaine violence.

Les lésions des organes internes : Elles sont assez fréquentes et entraînent des hémorragies internes plus ou moins importantes (thoraciques, abdominales, cérébro-méningées), etc.

2- Les armes à feu :

2-1 Principe de fonctionnement :

Une arme à feu est composée de :

- Un tube plus ou moins long : le canon à l'extrémité duquel se place une cartouche.
- Derrière la cartouche se trouve un mécanisme permettant de la faire exploser pour propulser à grande vitesse le projectile (les balles) qu'elle contient vers la cible visée. La cartouche elle-même, est constituée par une douille contenant la poudre, les projectiles, les bourres, une amorce de percussion située à sa base. Ainsi si on appuie sur la gâchette, cela fait déplacer le percuteur qui vient frapper l'amorce, celle-ci explose et met le feu à la poudre dont la force explosive propulse la balle à grande vitesse à travers le canon vers la cible où elle laissera un impact (blessure). Un coup

de feu propulse le projectile (la balle), provoque des gaz enflammés résultant de la combustion de la poudre entourant la balle, des parcelles de poudre plus ou moins enflammée.

2-2 Notion de balistique :

La balle tirée est entourée par de la fumée, des débris charbonneux, des produits carbonisants issus de la combustion de la poudre et donnant naissance à une gerbe elliptique, des grains de poudre non brûlés (gerbe conique), éventuellement la bourre.

La balle continuant à progresser se dégage de sa formation. Une cible sur la ligne de tir à courte distance sera marquée par :

- Une perforation (passage de la balle)
- Une incrustation (tatouage)
- Une tache noire arrondie qui s'y superpose (fumée, débris charbonneux et carbonisants)

Le déplacement du projectile comporte :

- Un mouvement rapide de translation horizontale;
- Une rotation (si le canon est rayé) : le pas d'une arme est la longueur qui fait faire des tours complets à la balle ;
- Une translation verticale de haut en bas issue de la pesanteur et très lente en fonction du type de cartouche; la trajectoire est plus ou moins « tendue » selon qu'elle se rapproche plus ou moins d'une droite.

Dans le corps, la trajectoire n'est pas toujours rectiligne dans un tissu dense ; le projectile crée des pressions importantes qui se transmettent à distance (fractures).

Les tissus modifient la direction du projectile : l'axe point d'entrée – point de sortie n'est pas toujours l'axe du tir.

2-3 Caractères des plaies par arme à feu:

Un projectile qui traverse un individu de part en part, provoque trois types d'impacts :

- L'orifice d'entrée
- Le trajet
- L'orifice de sortie

2-3-1 L'orifice d'entrée de la balle : il est difficile de le repérer lorsqu'il siège au niveau des parties découvertes. Parfois, il faut le rechercher quand il est situé au niveau des orifices naturels, tels que la bouche, l'oreille, le rectum, l'angle interne de l'œil.

Sa forme est variable en fonction de l'angle de tir :

- Dans le tir à longue distance sa forme est circulaire, oblique ou en boutonnière. Son diamètre est inférieur à celui du projectile, le bord de l'orifice est net, régulier comme découpé à l'emporte-pièce. Tout au tour de l'orifice cutané se voit la collerette érosive qui résulte de l'abrasion épidermique à la périphérie de l'orifice de pénétration.

La collerette d'essuyage s'y superpose un peu en dedans. Celle-ci résulte du passage et de l'essuyage de la balle dont l'extrémité antérieure transporte crasses, rouilles et saletés diverses au cours de son passage dans le canon. Une infiltration hémorragique complète ces signes. Elle est en forme de T.

- A bout portant ou à bout touchant, l'orifice d'entrée prend un aspect particulier. La force expansive des gaz provoque une plaie contuse à bords irréguliers, déchiquetés, étoilés ressemblant à des lésions d'éclatement. Le diamètre de l'orifice d'entrée est généralement inférieur à celui du projectile.

2-3-2 L'orifice de sortie de la balle : Il est d'intérêt secondaire parce qu'il peut ne pas exister et surtout parce qu'il ne possède pas de caractères propres. Sa recherche est parfois difficile mais cependant absolument indispensable pour affirmer que le projectile n'est pas resté dans le corps.

Sa forme est variable et dépend de l'angle de sortie de la balle, il peut être plus grand ou plus petit que l'orifice d'entrée, le plus souvent petit.

La forme étoilée : petits pertuis avec fissures radiées de quelques millimètres, les bords sont irréguliers ayant parfois un aspect d'éclatement.

La forme peut être arrondie, linéaire ou en boutonnière lorsque le tir a été oblique.

2-3-3 Le trajet : Le trajet du projectile est souvent difficile à reconstituer. Il ne se fait pas en ligne droite, de l'orifice d'entrée vers l'orifice de sortie. Des ricochets et des migrations ne sont pas rares. Le trajet est plus ou moins long et rectiligne suivant la vitesse et la forme de la balle ainsi que le tissu qui se trouve sur son passage. Il est souvent irrégulier, le projectile pouvant se réfléchir sur un plan osseux ou suivre un plan de moindre résistance (plan de clivage). Il peut s'engager dans un gros vaisseau par lequel il migrera dans les régions les plus inattendues (artères iliaque gauche par exemple).

B- Expertise médico-légale :

1- Conséquences médico-légales des CBV:

1-1 Période des soins et incapacité temporaire : Après la survenue de CBV, les lésions produites sur la victime vont nécessiter une période de soins médicaux. Cette période s'accompagne généralement d'un arrêt de travail. En médecine légale celle-ci correspond à la période d'incapacité temporaire.

1-2 Consolidation - guérison :

- La consolidation est la date à laquelle les lésions dues au traumatisme sont stabilisées et aucun traitement ne peut plus les modifier.

- La guérison comprend les cas où après traitement, qu'il y ait eu ou non un arrêt de travail, le blessé récupère son état antérieur et qu'il ne subsiste aucune séquelle.

1-3 Etude des préjudices :

Le certificat médical sert de base à l'indemnisation du préjudice corporel.

1-3-1 Indemnisation du préjudice patrimonial : Elle est en liaison avec l'existence d'un préjudice corporel qui inclut les frais médicaux et pharmaceutiques, les frais d'ambulance et de garde ou d'appareillage. Le paiement de ces frais au vu des factures que les avocats mettront à leurs dossiers. Deux modes d'indemnisation du préjudice patrimonial seront étudiés :

a) L'incapacité temporaire totale (ITT) ou partielle (ITP) :

L'incapacité temporaire est la période qui part du jour des CBV et se termine le jour où le blessé reprend une activité. Cette incapacité peut être totale (ITT) ou partielle (ITP). L'ITT se définit comme étant la période qui correspond à la durée du traitement et de la convalescence jusqu'au moment de la guérison ou de la consolidation de la blessure. L'ITP se définit comme étant la période au cours de laquelle, le travail a été repris à temps partiel, ou pour les victimes n'exerçant pas de profession lorsque les activités courantes n'ont pas été reprises totalement. L'ITT et l'ITP sont fixées par le médecin expert. En cas de contestation de ces incapacités, le juge peut demander une contre expertise.

Ainsi le tribunal fixe la somme qui doit être payée à la victime en se basant sur les salaires perdus, sur les revenus, ou les jours qu'une déclaration d'impôts peut refléter.

b) L'incapacité permanente partielle (IPP) : L'IPP se définit comme étant la réduction du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité corporelle d'un individu.

Sa détermination par un médecin expert nécessite des méthodes descriptives ou quantitatives. Le médecin expert propose ensuite dans son rapport un pourcentage (%) que le juge traduit en argent en tenant compte

d'autres données telles que l'âge de la victime, la nature et la qualité de son activité professionnelle, le taux même de l'IPP.

Deux méthodes sont utilisées par le juge pour calculer la somme allouée. Il s'agit de la méthode mathématique et du calcul au point.

1-3-2 Indemnisation du préjudice extrapatrimonial :

a) Les souffrances endurées (Pretium doloris) : Le pretium doloris ou « quantum doloris » est l'indemnité qui va assurer la réparation des souffrances physiques que le blessé a subies pendant la durée de l'incapacité temporaire. Pour évaluer la douleur et permettre au juge d'en fixer le prix, le médecin va la qualifier de :

✓ Très léger	1/7
✓ Léger	2/7
✓ Modéré	3/7
✓ Moyen	4/7
✓ Assez important	5/7
✓ Important	6/7
✓ Très important	7/7

b) Le préjudice esthétique : Le préjudice esthétique correspond à toutes les séquelles susceptibles de disgracier la victime : cicatrices, déformations, dissymétrie, mutilations. Son appréciation est doublement subjective aussi bien pour la victime (qui souffre plus ou moins de ce désagrément) que pour le médecin et le juge qui attachent plus ou moins le prix à l'esthétique. Cependant il existe un élément objectif qui est l'activité professionnelle de l'intéressé, l'importance de l'activité professionnelle selon que l'intéressé est en contact ou non avec le public. Deux remarques peuvent être faites en ce qui concerne l'indemnisation de ce préjudice. La première concerne le

médecin expert qui pourra joindre les photographies à son rapport pour éclairer d'avantage la lanterne du tribunal. La deuxième concerne le juge qui pourra organiser une comparution devant lui de la victime.

Le PD et le PE sont évalués selon l'échelle de 0 à 7 points comme indiqué ci-dessous :

✓ Très léger	1/7
✓ Léger	2/7
✓ Modéré	3/7
✓ Moyen	4/7
✓ Assez important	5/7
✓ Important	6/7
✓ Très important	7/7

c) Le préjudice d'agrément : il se définit par l'atteinte portée au satisfactions et plaisirs de la vie et consiste dans la perte de tels ou tels enrichissements humains.

d) Le préjudice juvénile ou « Damnum Juventum » : est celui qui prive un enfant ou un adolescent du plein accomplissement de son activité corporelle (notamment l'exercice de certains sports) et qui lui supprime de façon plus ou moins complète ses espoirs d'accéder à une carrière de son choix.

e) Le préjudice moral : correspond à la peine, au chagrin, causés par les conséquences d'une blessure corporelle, pour la victime lorsque la blessure entraîne une grave déchéance physique, psychique ou intellectuelle dont elle a conscience, ou pour les proches par le décès de la victime.

C- Aspects judiciaires :

1- Au pénal :

Il n'est pas rare que les violences physiques entraînent dans certaines circonstances la mort de la victime.

Cet homicide est réprimé différemment selon qu'il ait été commis avec intention de tuer ou non. S'il y a eu intention de tuer, il s'agit alors d'un meurtre dans le cas contraire, il est la conséquence de coups et violences sans qu'il y ait intention de donner la mort. Dans les deux cas l'acte est volontaire mais dans le second le résultat a dépassé le but poursuivi par le coupable [20].

« Tout homme peut commettre, si les circonstances exceptionnelles l'y incitent, un crime » écrivait Scherrer [5].

A coté de ses CBV, nous avons des coups et blessures involontaires ou des homicides involontaires qui sont définis par le code pénal malien : Celui qui aussi par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura involontairement porté des coups ou occasionné des maladies à autrui, est réprimé d'homicides involontaires ou pour coups et blessures involontaires.

Les coups et blessures volontaires étant des délits, ou même des crimes si mort s'en suivait sont réprimés par le code pénal du Mali.

1-1 **Coups et blessures volontaires mortels :**

Article 199 : L'homicide commis volontairement est qualifié de meurtre.

Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié d'assassinat. (Premier alinéa)

Article 200 : Tout coupable d'assassinat, de parricide ou d'empoisonnement sera puni de mort. . (Premier alinéa)

Article 202 : les coups, blessures et violences volontaires, exercés sans intention de donner la mort, mais l'ayant cependant occasionnée, seront punis de cinq à vingt ans de réclusion et facultativement de un à vingt ans d'interdiction de séjour.

En cas de préméditation ou de guet-apens la peine sera celle de la réclusion à perpétuité.

1-2 Des coups et blessures volontaires non mortels :

Article 207 :

Tout individu qui volontairement, aura porté des coups ou fait des blessures ou commis toute autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours sera puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 20 000 à 500 000 F CFA.

S'il y a eu une préméditation ou guet - apens, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

Quand les violences, les blessures ou les coups auront été suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre ou d'un sens, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités ou maladies, la peine sera de cinq à dix ans de travaux forcés.

S'il y a eu préméditation ou guet- apens, la peine sera de cinq à vingt ans de travaux forcés.

Dans les cas prévus aux alinéas 2, 3, 4, l'interdiction de séjour de un à dix ans pourra être prononcée.

Article 208 :

Lorsque les blessures, les coups, les violences ou voie de faits, n'auront occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionné à l'article 207, le coupable sera puni d'un emprisonnement de onze jours à deux ans et d'une amende de 20 000 à 100 000 F CFA ou de l'une de ces deux peines seulement.

S'il y a préméditation ou guet apens, l'emprisonnement sera de un à cinq ans et une amende de 25 000 à 150 000 F CFA.

L'interdiction de séjour de un à dix ans pourra en outre être prononcée. Par ailleurs il faut noter que toute tentative de crime, manifestée par un commencement d'exécution et suspendue ou n'ayant manqué son effet que par des circonstances indépendantes de la volonté de son auteur, est considérée comme le crime lui-même. Cependant les tentatives de délits ne sont considérées comme délits que dans les cas déterminés par une disposition spéciale de la loi.

2- Les coups et blessures volontaires au civil:

En plus de l'action pénale ou action publique, la victime de coups et blessures volontaires peut mener une action civile : il s'agit d'une constitution de partie civile, à coté de l'action publique. Par cette action, qui va se dérouler devant le tribunal civil, la victime de CBV va demander qu'il lui soit attribué par le responsable, des dommages et intérêts, destinés à réparer le dommage corporel et les différents préjudices résultant des CBV qu'elle a subis.

Pour cette réparation, les magistrats vont ordonner une expertise médico-légale.

3- Les procédures judiciaires : Elles peuvent se définir comme l'ensemble des formalités à remplir, relatives à la saisie d'un tribunal. On retrouve deux types : la procédure pénale et la procédure civile.

3-1 La procédure pénale : C'est toute la phase allant de l'enquête préliminaire au jugement qu'on désigne communément sous le vocable de procédure pénale. Pour la doctrine, c'est une discipline qui détermine les règles juridiques relatives à la recherche, à la constatation, à la poursuite et à la répression des infractions ainsi que la mise en œuvre des sanctions qui peuvent être infligées aux auteurs. Dans cette procédure, la victime s'adresse au ministère public. L'initiative des poursuites appartient au

parquet et à la partie civile. L'action se fait en déposant une plainte auprès du procureur de la république.

3-2 La procédure civile : Elle peut être définie comme l'ensemble des formalités à accomplir pour soumettre une difficulté d'ordre juridique à un tribunal civil. En effet nous avons tous des droits subjectifs et ceux-ci n'ont de réalité que lorsqu'ils sont reconnus et protégés.

La procédure civile comporte la théorie de l'action qui définit les conditions dans lesquelles une personne peut obtenir d'un tribunal la reconnaissance ou la sanction de ses droits. Dans cette procédure, il peut avoir d'office tentative de conciliation par le juge ou à la demande d'une des parties. Si un accord intervient la procédure s'arrête là, et le juge dresse alors le procès verbal.

En cas d'échec, le juge délivre un permis de citer. La compétence du tribunal est déterminée par le domicile du défendeur. Le délai de prescription de l'action civile est de vingt (20) ans en principe sauf disposition contraire de la loi (selon la loi fixant le Régime Général des Obligations).

La preuve de la faute peut résulter de la production d'actes authentiques, de faits matériels, de l'aveu du défenseur ou de témoignage.

Les différents préjudices (préjudices patrimoniaux, préjudices extra patrimoniaux), peuvent être indemnisés.

D- Rôle du médecin :

Il revêt deux formes : la réquisition et l'expertise médico-légale.

1- La réquisition :

Dans le besoin de recherche de la vérité, l'autorité judiciaire doit chercher certains indices. Pour cela il peut requérir le service de certaines personnes (telles qu'un médecin), d'où l'établissement de réquisition à docteur. Cette

réquisition est ordonnée par un officier de police judiciaire (Gendarmerie ou police), le procureur de la république, ou le juge d'instruction.

La requête se fait habituellement dans les jours qui suivent les coups et blessures.

La mission du médecin consiste à :

- examiner la victime de coups et blessures
- déterminer la nature des blessures
- déterminer la durée de l'ITT

Cet examen médical demandé doit être fait dans les jours qui suivent le traumatisme.

Il s'agit pour le médecin de faire un bilan descriptif des lésions traumatiques, quelquefois de préciser les circonstances étiologiques (ce qui pourra faire envisager le problème de l'état antérieur du patient) et de déterminer la durée de l'ITT.

Tous ces renseignements sont consignés dans le certificat médical initial.

1-1 Certificat médical pour CBV :

Pour apporter la preuve de son dommage physique, la victime doit produire des certificats médicaux dont la rédaction donne au praticien généraliste ou spécialiste un rôle spécifique médico-légal.

Un certain nombre de personnes peuvent délivrer les certificats médicaux :

- Les personnes titulaires du diplôme de docteur en médecine ;
- Les médecins titulaires d'un certificat de réparation juridique de dommage corporel ;
- Les médecins titulaires d'un CES de médecine légale

Le certificat doit être rédigé le jour même des CBV ou au plus tard les jours qui suivent. Tout blessé doit être en possession de ce certificat médical dès sa sortie du cabinet médical ou de l'établissement hospitalier.

La rédaction doit se faire sur papier timbré. Le certificat doit être clair, lisible, le plus complet possible et doit comporter :

- ❖ l'identité et la qualité du médecin signataire. Si le certificat est fait sur un imprimé hospitalier anonyme, l'identité du médecin signataire doit être précisée ainsi que sa spécialité éventuelle.
- ❖ l'identité, l'âge, l'adresse, les déclarations du blessé et éventuellement sa profession. Le médecin n'a pas à établir la matérialité des faits qui ont entraîné les blessures. Il précisera donc qu'il rapportera les dires du blessé.
- ❖ la date, le lieu et l'heure de l'examen médical seront notés.
- ❖ la description complète des symptômes et des lésions constatés au cours de l'examen.

Tout doit être noté minutieusement même si cela paraît bénin, sans importance. Pour les plaies, contusions, ecchymoses, hématomes, seront précisés la dimension et le siège. La notion de perte de connaissance a une grande importance. Il faut en préciser la durée, l'intensité (de la simple obnubilation à la perte de la connaissance profonde et prolongée). Epistaxis et otorragies seront également mentionnées. Les fractures seront décrites. Les interventions ou autres thérapeutiques doivent être notées.

S'il existe un état antérieur pathologique, il est important qu'il soit précisé d'emblée pour éviter ultérieurement des erreurs d'imputabilité.

Enfin le certificat comportera la durée de l'incapacité temporaire totale (ITT).

Le certificat doit en vertu du secret médical être remis en mains propres.

Dans ces conditions, le malade libre d'utiliser le certificat, ne pourra accuser le médecin de violation de secret médical.

1-2 La destination du CMI : En général, le certificat médical initial pour coups et blessures volontaires est destiné à la justice.

En fonction de la durée de l'ITT, l'infraction sera punie différemment :

- ITT inférieure ou égale à 20 jours : emprisonnement de 11 jours à 2 ans plus ou moins amende
- ITT supérieure à 20 jours : emprisonnement de 1 à 5 ans plus amende.

2- Expertise médico-légale :

L'expertise médico-légale dans les affaires de CBV a pour but de renseigner le tribunal sur la réalité et l'importance d'un dommage physique et sur l'estimation de celui-ci.

Contrairement à la réquisition, l'expertise est pratiquée au moment d'apprécier le dommage corporel définitif.

Généralement confiée à un médecin expert exceptionnellement à un groupe d'experts (s'il s'agit de plusieurs lésions spéciales nécessitant des spécialistes différents), elle se veut sous sa forme la plus élaborée de :

- décrire les lésions en rapport avec le traumatisme sur le plan évolutif et thérapeutique,
- déterminer la durée de l'IT, qu'elle ait été totale ou partielle en précisant les différentes dates,
- préciser la date à laquelle la consolidation médicale a été obtenue,
- qualifier le « quantum doloris » ou « pretium doloris »,
- rechercher et décrire les différentes anomalies qui affectaient la victime au moment des blessures,
- déterminer le taux d'IPP en tenant compte de l'état et de la capacité physiologique antérieure de blessé,
- dire si l'état de la victime est susceptible d'amélioration ou d'aggravation en fournissant les précisions utiles sur les différentes modalités évolutives : leur degré de probabilité et la date de l'opportunité d'un nouvel examen,
- dire si la victime est apte à reprendre l'exercice de son activité habituelle,

- dire enfin (en tenant toujours compte de l'état antérieur) quelle aurait été l'évolution de l'état antérieur sans la survenue des coups et blessures.

Cette expertise se basera d'une part sur les documents cliniques (observations, feuilles de surveillance, protocoles opératoires, radiographies) et d'autre part sur les données de l'examen soigneux et détaillé.

L'opération se déroule en deux temps : elle va viser à justifier le dommage physique et à procéder à l'estimation quantitative de ce dommage.

3- Le rapport d'expertise :

3-1 Chez la victime vivante :

L'essentiel de toutes les opérations du médecin est mentionné sur un document écrit : le rapport d'expertise.

Le schéma peut être considéré comme une formule type du rapport d'expertise médico-légale en matière de traumatologie.

Il se compose de cinq (5) parties :

- le préambule ;
- les commémoratifs ;
- l'état actuel du blessé ;
- les discussions ;
- les conclusions.

a) Le préambule :

Je soussigné ; Docteur..... demeurant..... commis par ordonnance de (autorité judiciaire) en date du(ou bien par jugement du tribunal civil de).....en date duà l'effet de (reproduire littéralement la partie du texte de l'ordonnance ou du jugement précisant la mission d'expert), serment préalablement prêté devant Monsieur le président du tribunal de.....en date

du.....ou bien dispensé du serment par les parties (lettre de monsieur X.....avocat de monsieur..... défenseur en date du.....) certifie avoir rempli en honneur et conscience, la mission qui m'a été confiée et présenter ci-dessous les résultats de l'expertise :

L'examen du blessé a eu lieu le.....à.....

Les parties régulièrement convoquées étaient représentées par M.....et M.....qui ont présenté leurs explications et leurs observations.

b) les commémoratifs : (rappels des faits)

X.....né leexerçant lors des faits la profession dea été victime de coups et blessures volontaires le.....à l'occasion desquels il avait présenté selon le certificat médical du Docteur.....en date du.....(reprendre le libellé du CMI si possible).

A la suite de ces coups et blessures volontaires, X.....(rappeler chronologiquement les soins donnés à la victime, les dates d'hospitalisation, etc.).

Sur ses antécédents pathologiques, X fournit les renseignements suivants : il avait été atteintà l'âge de

De son coté, la partie adverse a exposé ses dires comme suit

- certificats et documents médicaux,
- nécessité d'une hospitalisation (ré observation du plaignant avec certaines recherches de laboratoires indispensables).

c) l'état actuel du blessé :

X.....se présente dans l'attitude suivante :.....

Son aspect est.....il se place Sa constitution estson état général est.....son poids est

de.....pour une taille de..... Il se plaint actuellement de..... L'exploration locale des régions atteintes par le traumatisme (elle devra être détaillée) :

- Cicatrice.....
- Amputations.....
- Déformation.....
- Cal.....
- Courbures, déviations.....
- Le relevé des mensurations indique.....
- L'état des articulations.....
- Autres.....

L'examen général ensuite, insistera sur un examen complet du système nerveux.

Ainsi, de l'examen de la victime, nous retenons ce qui suit.....

Le concours du spécialiste (facultatif).

Afin de disposer de données complètes, j'ai jugé nécessaire en et me suis adressé au Dr..... (titres hospitaliers) qui m'a transmis ses constatations en ces termes : « »

d) les discussions :

- Influence éventuelle de l'état antérieur de la victime, d'infirmités préexistantes, d'affections congénitale ou acquise ;
 - Date de consolidation des blessures ;
 - Taux d'IPP compte tenu de l'âge de la victime, de son état général, de sa qualification professionnelle.
 - Nécessité de soins spéciaux (massages prolongées) ;
- Nécessité d'un appareil de prothèse ;
- Caractère évolutif ou non des séquelles (et le cas échéant, délai dans lesquels il y aurait de procéder à un nouvel examen du blessé) ;

- Quantum doloris
- Préjudices esthétiques
- Autres préjudices.

e) les conclusions :

Ces conclusions devront être précises, brèves et complètes, employant un minimum de termes médicaux techniques car ce rapport s'adresse à des juristes et non des médecins.

A la suite des violences dont il a été victime, le.....

X reste atteint de (décrire sommairement les lésions).

L'incapacité temporaire à 100% a duré du.....au.....

Soit.....

L'incapacité temporaire à 50% a duré du.....au.....

Soit.....

La date de consolidation peut être fixée au....., il subsiste une IPP de%

L'état de la victime est(ou n'est pas) ; il nécessite.....
(soins spéciaux, prothèses.....)

Le pretium doloris est.....

Le préjudice esthétique est.....

Tel est le modèle type de l'expertise médico-légale.

3-2 Chez la victime décédée :

Il en est autrement si les coups et blessures volontaires ont entraîné la mort de la victime. En effet, dans ce cas, le rapport d'expertise, après nécropsie, cherchera en fonction des lésions causées et des tares antérieures à dire si oui non le traumatisme et /ou ses conséquences sont responsables de la mort.

Sa formule dans sa plus simple expression est composée de cinq parties :

- le préambule

- les commémoratifs
- les données de la nécropsie
- les discussions
- les conclusions

a) le préambule :

Rapportd'expertise.....n°.....concernant le corps de X..... ;

Nous, soussigné, Dr.....sur réquisition n°.....en date dude Mr. (autorité administrative ou judiciaire).

Enregistrée à l'hôpital..... n°.....du.....avons procédé ce jourà (lieu) à l'examen du corps de

b) les commémoratifs :

D'après les renseignements fournis par la police, la gendarmerie, etc...

c) les données de la nécropsie :

- A l'examen extérieur du corps (aspect) :

- . Cicatrices et autres signes extérieurs ;
- . Plaies ;
- . Délabrements ;
- . Signes de fractures ;

- A l'examen des viscères :

- . Tête ;
- . Cou ;
- . Thorax (cœur, poumons) ;
- . Abdomen (foie – rate – estomac etc....)

d) les discussions :

C'est la réponse aux questions posées par l'auteur de la demande d'autopsie.

Ces questions sont en général au nombre de deux :

- cause de la mort ;
- circonstances de la mort (il s'agit évidemment dans notre cas de CBV ayant entraîné la mort avec ou sans intention de la donner).

e) les conclusions :

Exemple : la mort de X est imputable à (un traumatisme crânien avec hémorragie intracrânienne.....) suite à des coups et blessures volontaires par objet contondant.

III- METHODOLOGIE

1 - Cadre d'étude

1-1 Cadre :

Cette étude s'est déroulée dans le Service de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (SCOT) de l'Hôpital GABRIEL TOURE.

1-2- Situation Géographique

L'hôpital GABRIEL TOURE, ancien dispensaire central de Bamako, baptisé le 17 janvier 1959, est situé au centre de Bamako en commune III avec, à l'Est le quartier Médine, à l'Ouest l'Ecole Nationale d'Ingénieurs (ENI), au Nord la garnison de l'état major de l'armée de terre, au Sud le TRANIMEX (société de dédouanement et de transit).

L'hôpital GABRIEL TOURE comporte :

- Un service de Chirurgie d'Orthopédie et de Traumatologie
- Un service de Chirurgie Générale
- Un service de Chirurgie pédiatrique
- Un service d'Urologie
- Un service des Urgences Chirurgicales
- Un service de Gynéco obstétrique
- Un service d'Oto-rhino-laryngologie (ORL)
- Un service de Gastro-entérologie
- Un service de Cardiologie
- Un service de Diabétologie
- Un service de Réanimation adulte
- Un service de Pédiatrie
- Un service d'Imagerie et de Radiologie
- Un Laboratoire d'analyses médicales
- Une morgue.

1-3- Les locaux du Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie

Le service comporte deux pavillons :

a) Le pavillon BENITIENI FOFANA : au nord de l'hôpital, comporte :

- * Un bureau pour un assistant chef de clinique
- * Un bureau pour le major
- * Une salle de garde pour les infirmiers
- * Une salle des soins
- * Une salle de consultation de neurochirurgie
- * Une salle de masso-kinésithérapie
- * Une salle de plâtre
- * Neuf salles d'hospitalisation avec un total de 46 lits.

b) Un pavillon annexe : au-dessus du service de réanimation adulte au Sud de l'hôpital comportant :

- * Le bureau du chef de service
- * Un bureau pour le maître de conférences
- * Un bureau pour un assistant chef de clinique
- * Un bureau pour le major
- * Un bureau pour la secrétaire du chef de service
- * Une salle de garde pour les chirurgiens en spécialisation (CES)
- * Une salle de garde pour les étudiants stagiaires en préparation de thèse de fin de cycle, faisant fonction d'internes
- * Une salle des soins
- * Six salles d'hospitalisation avec un total de 20 lits

c) A coté du bureau des entrées (le nouveau bâtiment administratif):

- * Deux salles de consultation traumatologique
- * Une salle de consultation pour les neurochirurgiens
- * Une salle des soins

1-4- Le personnel du service de chirurgie orthopédique et traumatologie :

Il est composé de :

- Un professeur de chirurgie orthopédique et de traumatologie qui est le chef de service.
- Un maître de conférences.
- Deux assistants chefs de clinique
- Trois neurochirurgiens
- Sept kinésithérapeutes dont deux faisant fonction de plâtriers,
- Trois infirmiers d'état,
- Une secrétaire de service,
- Trois infirmiers du premier cycle,

- Cinq aides soignants,
- Trois manœuvres,
- Deux internes titulaires du service,
- Des étudiants de fin cycle à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie faisant fonction d'internes.
- Le service reçoit aussi des étudiants externes stagiaires de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto- Stomatologie, et des infirmiers stagiaires de l'Institut National de Formation en science de la santé, des écoles privées de formations des infirmiers, et de la Croix Rouge Malienne.

1-5- Les activités du service :

Les activités du service se répartissent au cours de la semaine entre les consultations externes, la visite des malades hospitalisés dans le service et les interventions chirurgicales des malades programmés. Ces différentes activités sont assurées en alternance suivant le planning du service, par un assistant, une équipe de chirurgiens en spécialisation (CES) et un groupe d'étudiants stagiaires en préparation de thèse en fin de cycle.

- Du lundi au jeudi ont lieu les consultations de traumatologie
- Les séances de masso-kinésithérapie ont lieu tous les jours ouvrables
- Les consultations de Neurochirurgie se passent chaque mercredi et sont assurées par des médecins expatrié et locaux.
- Du lundi au vendredi a lieu la visite des patients hospitalisés, avec un staff du service le vendredi.
- Les interventions chirurgicales ont lieu du lundi au jeudi

Le service assure en alternance avec le service chirurgie générale, des gardes de chirurgie avec une équipe composée d'un assistant, une équipe de chirurgiens en spécialisation, un groupe d'étudiants stagiaires en

préparation de thèse de fin de cycle. Les gardes du service sont assurées par un interne de garde.

2- Type d'étude

Notre étude est de type prospectif.

3- Période d'étude

Notre étude s'est étendue de janvier 2007 à décembre 2007.

4- Population d'étude

Elle a porté sur les blessés que nous avons reçus en consultation et /ou hospitalisés munis d'une réquisition de la police ou de l'autorité judiciaire ; certains ayant fait l'objet d'un examen avec établissement d'un CMI fixant ainsi la durée de l'ITT. Cette étude a concerné 75 blessés ; suivis jusqu'à la phase séquelle; afin d'allouer un taux d'IPP et de qualifier les PD et PE.

5- Echantillonnage :

- Critères d'inclusion :

Sont inclus dans notre étude, toutes les victimes de CBV munies d'une réquisition ayant des dossiers complets dans notre service avec établissement d'un certificat médical définitif fixant le taux d'IPP.

- Critères de non inclusion :

Sont exclus de notre étude, les blessés qui n'ont pas fait l'objet d'une fixation du taux d'IPP et/ ou les dossiers incomplets.

Sont exclus les cas de décès suite aux CBV.

6- Source de données :

Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes servis :

- D'une fiche d'enquête
- Du dossier des malades
- Du registre de consultations externes
- Du registre de la salle de kinésithérapie

7- Collecte des données et traitement informatique

Nos données ont été collectées sur des fiches d'enquête individuelle et analysées par la suite avec le logiciel Word, Excel, Epi info version 6.0

IV- RESULTATS

TABLEAU I : Répartition des patients en fonction du sexe

SEXE	Effectif	Pourcentage
Masculin	46	61,33
Féminin	29	38,67
TOTAL	75	100

Cette répartition selon le sexe montre que la majorité des personnes victimes de coups et de blessures dans notre série était de sexe masculin avec 61,33% contre 38,67% pour les femmes.

TABLEAU II : Répartition des patients selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
0 à 20	18	24
21 à 40	42	56
41 à 60	14	18,66
61 et plus	1	1,34
TOTAL	75	100

La tranche d'âge de 21 à 40 ans a été la plus concernée par les coups et blessures volontaires avec 42cas sur les 75 cas de notre étude, soit 56%.

Les extrêmes étaient 11 et 63 ans.

TABLEAU III : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Manœuvre	35	46,66
Scolaire	12	16
Ménagère	10	13,33

Commerçant	8	10,67
Fonctionnaire et autres salariés	6	8
Chauffeur	3	4
Paysan	1	1,34
TOTAL	75	100

Sont ainsi classés dans une même catégorie celles et ceux qui disposent d'un niveau de salaire équivalent, qui jouissent de droits sociaux comparables, dont les conditions de travail sont proches, mais aussi qui bénéficient d'un même niveau d'instruction.

Les travailleurs manuels et les scolarisés ont représenté la majorité des victimes dans notre étude avec respectivement une proportion de 46,66% et 16%.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Commune I	9	12
Commune II	7	9,35
Commune III	9	12
Commune IV	6	8
Commune V	23	30,66
Commune VI	17	22,66
Hors de Bamako	4	5,33

TOTAL	75	100
--------------	-----------	------------

Les communes V et VI ont constitué les principales provenances des victimes enregistrées pour coups et blessures avec respectivement 23 cas et 17 cas.

TABLEAU V : Répartition selon le mois de survenue des coups et blessures

Mois de survenue	Effectif	Pourcentage
Janvier	7	9,35
Février	5	6,66
Mars	7	9,35
Avril	6	8
Mai	7	9,35
Juin	6	8
Juillet	6	8
Août	5	6,66
Septembre	5	6,66
Octobre	7	9,35
Novembre	6	8

Décembre	8	10,62
TOTAL	75	100

Il y avait une constante du nombre des coups et blessures tout au long de notre période d'étude.

TABLEAU VI : Répartition selon la nature de l'objet traumatisant

Agent traumatisant	Effectif	Pourcentage
Arme blanche	63	84
Arme à feu	12	16
TOTAL	75	100

La majorité des coups et blessures a été causée par les armes blanches dans une proportion de 84%. Au cours de notre étude on a noté que 16% des cas étaient liés à des armes à feu.

TABLEAU VII : Répartition selon le siège de la blessure

Siège de la blessure		Effectif		Pourcentage
Tête		31		41,33
Cou		4		5,34
Membre	Supérieur	11	16	21,33
	inférieur	5		
Thorax	Antérieur	6	9	12
	Postérieur	3		

Abdomino-Pelvis	15	20
Rachis (lombo-sacré)	0	0
TOTAL	75	100

Nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 31 cas soit 41,33% et au niveau des membres (supérieur et inférieur) avec une proportion de 21,33%.

TABLEAU VIII : Répartition selon la nature des lésions élémentaires engendrées

Lésions		Effectifs		Pourcentage
Plaies	Cuir chevelu	51	41	54,66
	Front	15		
	Bouche	8		
	Nez	1		
	Oreille	0		
	Main	9		
	Abdomen	3		
	Pieds	5		
Fractures	Crâne	2	6	8
	Dent	1		
	Membres sup.	2		
	Cotes	1		
	Membres inf.	0		
Contusions fermées	Cou	4	24	32
	Thorax	8		
	Abdomen	12		
Luxation	Epaule	1	4	5,34
	Coude	0		
	Dent	3		
TOTAL		75		100

Parmi les lésions enregistrées au cours de notre étude, les plaies venaient en première position avec 54,66% des cas.

TABLEAU IX : Répartition selon la nature des investigations complémentaires

Examens complémentaires		Effectifs		Pourcentage
Radiologie	Radio standard	42	66	88
	Echographie	15		
	Scanner	9		
Biologie		3		4
Aucun examen		6		8
TOTAL		75		100

La radiologie avec 66 cas venait en première position chez les victimes examinées.

TABLEAU X : Répartition selon la durée de l'ITT

Durée de l'ITT (jours)	Effectif	Pourcentage
0	0	0
1 à 10	18	24
11 à 20	38	50,66
21 à 30	9	12
31 à 40	6	8
41 à 50	4	5,34
51 et plus	0	0
TOTAL	75	100

La durée de l'ITT la plus fréquemment allouée par le médecin expert va de 11 à 20 jours avec 38 cas de notre étude soit 50,66% des cas. Le taux d'ITT total est de 1406 jours pour les 75 blessés.

TABLEAU XI : Répartition selon l'évolution

Evolution		Effectif		Pourcentage
Consolidation	Cicatrices	67	69	92
	Cals viscieux	2		
	Paralysie radiale	0		
Guérison	Sans séquelles	6		8
TOTAL		75		100

La plupart de nos malades sont arrivés à une consolidation soit 92% des cas et 6 blessés seulement ont évolué vers une guérison totale.

TABLEAU XII : Répartition selon le taux d'IPP

Taux d'IPP en %	Effectif	Pourcentage
0	6	8

1 à 10	21	28
11 à 20	17	22,66
21 à 30	14	18,66
31 à 40	12	16
41 et plus	5	6,68
TOTAL	75	100

Le taux d'IPP le plus enregistré était compris entre 1 à 10 % avec 21 cas soit 28% sur un échantillon de 75 cas dont l'évolution a été suivie.

TABLEAU XIII : Répartition selon le pretium doloris (PD)

Qualité du PD	Effectif	Pourcentage
Nul	8	10,66
Très léger (1/7)	15	20,01
Léger (2/7)	36	48
Modéré (3/7)	9	12

Moyen (4/7)	4	5,34
Assez important (5/7)	2	2,66
Important (6/7)	1	1,33
Très important (7/7)	0	0
TOTAL	75	100

Dans cette étude le PD a été qualifié nul chez 8 de nos blessés ce qui représente 10,66% de l'effectif.

Ce PD a été qualifié de « léger » dans 48% des cas ce qui représente la fréquence la plus élevée dans notre série.

TABLEAU XIV : Selon la qualification du préjudice esthétique (PE)

Qualité du PE	Effectif	Pourcentage
Nul	11	14,67
Très léger (1/7)	16	21,33
Léger (2/7)	28	37,34
Modéré (3/7)	10	13,33
Moyen (4/7)	9	12
Assez important (5/7)	1	1,33
Important (6/7)	0	0
Très important (7/7)	0	0

TOTAL	75	100
--------------	-----------	------------

Ce préjudice est plus généralement évalué chez les femmes. Il comprend donc les séquelles esthétiques après une blessure corporelle. Nous constatons ici que les qualifications « léger » avec 37,34% et « très léger » avec 21,33% sont les plus allouées. Elles représentent en cumul 50,67% des qualifications.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Ce travail était une étude prospective sur douze mois des aspects épidémiologiques, cliniques et médico-légaux des coups et blessures volontaires.

La comparaison de notre étude avec d'autres séries s'avère difficile dans la mesure où les séries internationales sont effectuées pratiquement toujours sur un grand échantillon et sur une période assez longue. Au cours de notre période d'étude nous avons enregistré 75 cas de CBV sur un nombre de 1584 certificats d'expertise médicale de l'année 2007 au SCOT de l'HGT. Ces chiffres sont loin d'être exhaustifs compte tenu du fait que l'hôpital Gabriel Touré ne reçoit pas tous les cas d'admission pour coups et blessures.

Ce pendant les observations suivantes peuvent être faites.

1- Selon le sexe :

Le sexe masculin a été prédominant dans notre série avec 61,33% des cas. Ces taux se rapprochent de ceux de KHANTE D. [13] qui sur 106 cas a trouvé que 60,38% étaient de sexe masculin contre 39,62% de sexe féminin.

DIAW M. [8] a trouvé une prédominance masculine de 89% contre 11% pour les femmes.

Ceci s'expliquerait par le fait que les hommes sont plus enclins à provoquer ou à se défendre lors des bagarres, donc subissent souvent des préjudices corporels. Ce pourcentage d'hommes victimes de CBV ne veut pas dire qu'il n'y a pas de femmes battues dans la population générale et ces blessures sont souvent moins graves. Dans notre étude nous avons enregistré **6 cas de femmes battues.**

2- Selon l'âge : Les CBV ont été rencontrés à tous les âges avec les âges extrêmes de 11 à 63 ans. La tranche d'âge de 21 à 40 ans était la plus sujette aux CB où elle représente 56% avec un âge médian de 30,5 ans.

KHANTE D. [13] a trouvé dans les mêmes proportions une tranche d'âge comprise entre 10 et 30 ans.

DIALLO O. [7] sur 214 cas a trouvé une prépondérance des CBV dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

DIOP S.M [9] en 1991 les situe entre 11 et 20 ans.

KOROBELINIK [14] retrouve en France une moyenne d'âge de 28 ans.

Dans notre étude les enfants victimes de coups et blessures ont représenté 24% ce qui traduit la tendance de violences souvent graves et meurtrières que pratiquent les adultes sur les plus fragiles à savoir les enfants.

3- Selon la profession :

Les travailleurs manuels ont été les plus représentés dans notre série avec 46,66%, suivis des scolaires avec 16%.

BOMOU Y. [4] a trouvé des résultats semblables aux nôtres avec respectivement 26,1% et 15,3%.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la grande majorité de notre population est constituée par ces deux couches.

4- Selon la provenance géographique des patients :

Les victimes de CBV venaient essentiellement des communes V et VI du district de Bamako. Cela s'expliquerait d'une part par une forte densité de ces quartiers, la promiscuité, les constructions anarchiques et d'autre part du fait que ces quartiers sont assez excentrés par rapport à la ville en fait des refuges pour les délinquants. Ces résultats diffèrent de ceux de DIALLO O. [7] qui en 1996, a trouvé que la majorité des victimes provenaient des communes II, III, et IV.

5- Selon la nature de l'arme utilisée :

Les armes blanches ont été les plus utilisées avec 84%. Ces armes ont été le plus souvent utilisées lors des agressions par les délinquants ou au cours des bagarres. L'usage de l'arme blanche dans la majorité des cas s'expliquerait par son coût faible voir même gratuit (armes naturelles) et son accessibilité pour toutes les tranches d'âges. Il n'existe pas un contrôle du permis de port d'arme blanche.

KENDJA K-F [12] et collaborateurs sur 192 cas de traumatismes de l'abdomen au cours des agressions physiques ont trouvé une arme blanche dans 67,20% des cas.

DIALLO O. [7] a trouvé une prédominance des blessures causées lors des agressions physiques.

6- Selon le siège de la blessure :

Dans notre série nous avons trouvé une prédominance des lésions au niveau de la tête avec 37,68% des cas.

BOMOU Y. [4] au contraire a trouvé une prédominance des lésions au niveau du thorax avec 37,83%.

BENZACKEN L. [3] du CHU de Lille a trouvé une atteinte du globe oculaire dans 75% de ses observations.

7- Selon la nature des lésions engendrées :

Les plaies viennent au premier rang des lésions enregistrées lors des CBV où elles représentent 54,66% dans notre étude.

KHANTE D. [13] dans sa thèse en 2000 a par contre trouvé 39 plaies sur 106 cas soit 36,79% des cas.

DIAM M. [8] en 1998 à Dakar a trouvé 94 plaies sur 114 lésions soit 83% des cas.

ONDO N. [17] en 1993 à Libreville a trouvé 34 plaies dont 12 par balles et 22 par armes blanches.

8- Selon la nature des examens complémentaires :

Dans notre série la radiologie a été utilisée comme l'examen de choix avec 88% des cas. Nos résultats sont comparables à ceux de

KHANTE D. [13] a trouvé dans son étude 92,45% des patients bénéficiant de la radiographie standard.

DIAM M. [8] en 1998 à Dakar a trouvé sur 114 cas, 47 patients ont bénéficié d'un bilan lésionnel d'urgence.

MEULI R. [16] du CHU de Lausanne signale que le pronostic des traumatismes thoraciques dépend entre autre de la précision et de la rapidité du diagnostic radiologique.

9- Selon la durée de l'ITT :

Dans notre étude les CBV ont entraîné une ITT chez 75 blessés.

Plus de la moitié ont eu une ITT dont la durée était comprise entre 1 et 20 jours avec 74,66%. Ce résultat est comparable à celui de DIOP S.M [12] qui a observé une ITT inférieure à 20 jours chez la plupart de ses patients.

10- Selon l'évolution :

Il ressort de notre étude que l'évolution des lésions résultant des coups et blessures volontaires est en général favorable avec une consolidation séquellaire dans 69 cas soit 92% sur les 75 cas suivis.

BOMOU Y. [4] a trouvé 92,79% des blessés qui sont d'évolution favorable avec 8 cas de décès sur 111 cas.

KENDJA K-F [12] du CHU de Treichville sur 192 cas de traumatismes abdominaux par agression a trouvé une morbidité générale de 22,85%.

11- Selon le taux d'IPP :

La fixation de ce taux est indiquée en pourcentage : le déficit fonctionnel pur (abstraction faite de toute incidence socioprofessionnelle). Seules doivent être prises en compte les atteintes fonctionnelles découlant avec certitude des CBV car ; le doute sur l'existence des séquelles ou sur leur relation directe avec les coups profite au responsable.

Dans notre étude, ce taux d'IPP a été qualifié nul (0%) chez 6 blessés, par contre les taux d'IPP allant de 1 à 10% ont été les plus fréquents avec 21 cas. Des taux similaires ont été obtenus par KHANTE D. [13]

12- Selon la qualité du pretium doloris (PD) :

Il s'agit pour le médecin expert d'évaluer le degré de la douleur subie par la victime pendant la période d'ITT, c'est-à-dire l'ensemble des souffrances physiques. Actuellement les médecins experts utilisent la classification dans l'échelle de 0 à 7. Dans notre échantillon, le PD a été absent dans 10,66% des cas. Les qualifications « léger » coté 2/7 avec 48% des cas et « très léger » coté 1 /7 avec 20,01% des cas ont été les qualifications les plus fréquentes attribuées aux blessés par les médecins experts.

13. Selon la qualité du préjudice esthétique (PE) :

Les qualifications « léger » coté 2/7 et « modéré » coté 3/7 ont été les plus fréquentes avec un cumul de 50,67% des cas.

Ce préjudice a concerné essentiellement les cicatrices visibles au niveau du visage, du cuir chevelu et de laparotomie.

KHANTE D. [13] a trouvé une fréquence élevée au niveau des qualifications « léger » et « moyen » avec un échantillon de 28 blessés.

14. Selon la cause des CBV :

Les victimes de CBV ont reçu des coups en grande partie lors des bagarres au cours des cérémonies (mariage, sport), au marché, des rencontres politiques ou autres retrouvailles provoquant des disputes.

Dans ces types de CBV on note une réciprocity des coups pouvant provoquer la blessure des deux cotes.

Les agresseurs ou coupeurs de routes au contraire des coups souvent fatals en grande partie afin de reprendre les engins des victimes.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- Conclusion :

Au terme de notre étude prospective et transversale portant sur 75 cas, nous remarquons que le phénomène de la violence a pris des proportions inquiétantes au vu des consultations à la traumatologie pour coups et blessures.

Ainsi les CBV ont constitué la deuxième cause de consultation après les accidents de la voie publique soit 21,27% de toutes les consultations pour certificat d'expertise médicale.

Les jeunes adultes dans la tranche d'âge entre 21 et 40 ans ont été les plus touchés soit 56%.

Sur les 75 cas de victimes pour coups et blessures volontaires, 61,33% étaient des hommes et cela sans sous estimer le nombre de femmes battues (6 cas) dans la population générale qui demeure anonyme par le fait des considérations culturelles.

Les coups et blessures volontaires sont retrouvés dans toutes les couches socioprofessionnelles mais avec un accent particulier chez les travailleurs manuels et les scolaires.

Il y avait un polymorphisme lésionnel intéressant notamment la tête, le thorax et les membres.

Ces lésions ont été surtout causées par les armes blanches ; les armes à feu ont été moins utilisées.

Environ 92% de nos patients ont bénéficié d'au moins un examen complémentaire en consultation soit une radiologie ou un examen biologique.

La prise en charge de ces blessés a donné un résultat d'évolution favorable avec une consolidation dans 92% et une guérison totale dans 8% des cas ; ceci avec l'utilisation des techniques modernes de diagnostic.

La majorité de nos patients ont eu une durée d'ITT comprise entre 11 et 20 jours. Sur les 75 victimes le taux d'IPP le plus alloué par le médecin expert est entre 1 à 10%. Les PD et PE ont été surtout qualifiés de « léger ».

2- Recommandations :

❖ Aux autorités sanitaires :

- Mettre en place des équipes de spécialistes fonctionnant 24 heures sur 24 afin d'améliorer la prise en charge des blessures graves suite à des coups et blessures volontaires.
- Assurer une meilleure prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires sur le plan psychologique.
- Mettre en place un Institut de Médecine Légale.

❖ Aux pouvoirs publics :

- Lutter contre les perturbateurs éducatifs : la bonne tenue des parents qui doivent être un exemple pour leur progéniture.
- Renforcer les mesures de sécurité aux frontières en vue d'assurer un meilleur contrôle des armes légères.
- Lutter contre le sous-développement relevant en grande partie de la pauvreté, la malnutrition et la scolarisation ou l'alphabétisation faible

faisant appel à la coopération internationale ; les pays riches devant aider les pays pauvres.

- Réglementer les conditions de vente et de consommation de l'alcool, mener une lutte farouche contre les narcotrafiquants et les coupeurs de route.
- Organiser des campagnes pour sensibiliser des parents à la non violence sur les femmes et les enfants.

❖ **Aux autorités judiciaires :**

- Réprimer toutes les formes de violences physiques par l'application stricte de la loi.

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BACCINO E.

Certificat de décès, certificat de coups et blessures : rédactions et conséquences, la réquisition. Rev Prat (Paris). 1994 ; 44, 1, N 288 : 133-8

2. BENEZECH M.

Suicide élargi aux enfants et dislocation de la cellule familiale. Deux tentatives de filicides par les pères au cours de moments dépressifs de mélancolie J.M .L.D.M.1994 ; t.37, N° 5 :351-356.

3. BENZACKEN L., ROULANT J.F., HACHE .C., TURUT P., CONSTANTINIDES. G

Traumatologie oculaire chirurgicale : validation d'une fiche standardisée au cours d'une année : à propos de 162 cas

Bulletin des sociétés d'ophtalmologie de France, 1993, 186 ;(3) 217-225

4. BOMOU YAMADOU

Etude épidémiologique et clinique des coups et blessures graves, 2003-2004 aux SUC de l' HGT au Mali : à propos de 111 cas. 2006, 66f.

5 - DIALIGANDE L

La relation parents enfants : ouverture à la parole, ou source de violence J.M.LD.M. T 1994 .35, N°6 : 335-40.

6 - DELPLA P A, ROUGE D, ARBUS L.

La relation auteur- victime dans le crime passionnel : Réflexion criminologique et victimologique J. M.L.D.M 1995. t. 38 N°3. 299-302.

7 - DIALLO. O

Epidémiologie des coups et blessures au CHU Gabriel Touré 1996 – 1997 ; 214 ;(98M34) :32.

8. DIAW .M

Les traumatismes physiques par agressions au Sénégal ; Aspects cliniques, médico-légaux, thérapeutiques et pronostics : A propos de 114 cas. Thèse Méd. ; Dakar, 1998, 65.

9. DIOP S. M

Coups et blessures volontaires par arme blanche au Sénégal. Thèse Med ; Dakar, 1991 ; 16P.10.

10. DOLARD E.

Soin et sanction, délinquance et victimologie. J.M.L.D.M 1994 ; T.34.N°6 :395-400.

11. HIJERI MUSTAFA

Les études de facteurs, dans délinquance et réalisation de soi. Ed Masson et Cie 1996 ; 83-102.

12. KENDJA K-F., KOUAME K.M., KOUADIO A., BOFFI KONNAN B., SISSOKO M., ECHEMANE-K., EHVA S.P., TURAVIN TRAORE H., KANDA M.

Traumatismes de l'abdomen au cours des agressions à propos de 192 cas. Médecine d'Afrique Noire 1993, 40 ;(10) :567-575.

13. KHANTE D.

Etude médico-légale des CBV dans le service de traumatologie orthopédique (HGT). 1999-2000 ; 106 ;(01M23) :39.

14. KOROBELNIK J.F., CETIXEL B., FRAU E., CHAUVAUD D., POULIQUEN Y.

Lésions oculaires par pistolets à grenailles ; étude épidémiologique de 160 patients. Journal Français d'ophtalmologie 1993 ; 16 ;(8-9) :453-457

15. MARY E.

Les femmes victimes de coups et blessures : une étude aux urgences médico-judiciaires de l'hôtel Dieun. Thèse Université Paris 7, Faculté de médecine Lariboisière-Saint Louis. 1994 ; N°2020.

16. ONDO Ndong,, RABIBINONGO E., NGO'OZE S., BELLAMY J., MAMBANA C., DIANE C.,

Les traumatismes et plaies thoraciques à Libreville. Aspects thérapeutiques : A propos de 106 cas.

Journal de chirurgie, 1993 ; 130 ; (8-9) : 367-370.

17. PYTEL P. M.

Violence en milieu scolaire. Thèse CHR de Lille 1987 ; N°21

18. SCHNEIDER LAVIZZARI CLAIRE:

Médecin généraliste: interface entre le patient et la justice. Thèse Méd. Béthune (France), 2003, P 122.

19. TELMON N., BOBO C., ROUGE D., ALENGRIN D., BRAS P.M. BROUCHET, A. ARBUS L.

Violences successives : étude victimologie à partir d'une consultation de coups et blessures volontaires. J.M.L.D.M. 1995 ; N°7-8 :559-563. 1995

20. TOURNAUD P. M.

Bilan d'activité de la consultation médico-légale pour coups et blessures volontaires à l'hôpital général ; Thèse Université CLAUDE BERNARD, Lyon, UFR Faculté de médecine Lyon Nord. Année 1996 ; n°4.

VIII- ANNEXES

Fiche d'enquête

A/ Identification :

1. N° dossier :

2. Nom et Prénoms :

3. Age :

4. Sexe : (M : Masculin, F : Féminin)

5. Ethnie :

6. Profession :

7. Adresse :

8. Date des CBV :

B/ Etiologies (mettre une croix dans la case correspondante).

1. Armes blanches

3. Rixes

2. Armes à feu

4. Autres (à préciser)

C/ Sièges des lésions (à préciser)

-

-

D/ Types de lésions (à préciser)

-

-

E/ Examens complémentaires

1. Radiographie standard

3. Scanner

2. Biologie

4. Autres (à préciser)

F/ Evolution

1. Consolidation avec séquelles

2. Guérison sans séquelles

3. Autres (à préciser)

G/ Evaluation médico-légale (à préciser)

1. Incapacité temporaire totale (ITT) :

2. Incapacité permanente partielle (IPP) :

3. Pretium doloris :

4. Préjudice esthétique :

5. Préjudice d'agrément :

6. Préjudice moral :

7. Préjudice juvénile :

8. Préjudice de carrière :

FICHE SIGNALÉTIQUE

TITRE DE LA THESE

Aspects épidémiologique et médico-légal des coups et blessures volontaires dans le SCOT de l'HGT de Bamako de janvier 2007 à décembre 2007 à propos de 75 cas.

AUTEUR

Prénoms : Moussa Sénidia

Nom : Diakité

Date et lieu de naissance : le 31 Juillet 1978 à Kolondiéba

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : bibliothèque de la Faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

ANNEE : 2008-2009

SECTEUR D'INTERET : Orthopédie, traumatologie et médecine légale

RESUME

Notre étude, prospective et transversale montre que les personnes victimes de CBV âgées en majorité entre 21 et 40 ans et travailleurs essentiellement dans le secteur privé sont de sexe masculin pour la plupart.

Les lésions couramment rencontrées sont des plaies dont l'évolution est assez favorable avec un taux de mortalité nul.

Ces plaies sont le plus souvent causées par des armes blanches et siégeant principalement au niveau de la tête.

MOTS CLES : CBV-ITT-IPP-PD-PE-ARME BLANCHE-ARME À FEU.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **maîtres** de cette faculté, de mes chers **condisciples**, devant l'effigie **d'Hippocrate**, je **promets** et je **jure**, au nom de **l'Être suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et **n'exigerai jamais** un salaire au dessus de mon travail,

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure